

长的 C₇ 横突形成的纤维带压迫所致。多是慢性压迫逐渐发病,疼痛也逐渐发生,没有突发性严重肩部疼痛的特点^[5,7]。

4 治疗与预后

急性臂丛神经炎是一种自限性疾病,不需要进行手术治疗。肌力强度逐渐恢复,但恢复较慢,且有恢复不全的报道^[5]。在病后1年恢复30%,2年67%,3年90%^[6]。没有特异性治疗方法,激素治疗即使大剂量应用也无效,激素直接肩关节腔内注射也不能改变病情发展,止痛药或麻醉止痛剂在发病早期是有效的疼痛治疗方法。随着疼痛缓解可应用非类固醇类药。物理治疗对防止肩关节挛缩很有帮助^[4,5]。

诊断明确后,医生应对患者详细解释病情,消除精神因素。该病预后均较满意,这些知识有利于患者积极配合治疗,对其预后的恢复很重要^[5]。

参考文献

- 1 Parsonage MJ, Tumer JWA. The shoulder girdle syndrome Lancet 1948, 1: 973-978
- 2 Tumer JWA, Parsonage MJ. Neuritic amyotrophy (paralytic brachial neuritis) with special reference to prognosis Lancet 1957, 2: 209-212
- 3 Malan TR, Imrques W, England JD, et al. Postsurgical idiopathic brachial

neuropathy Muscle Nerve 1994, 17: 320-324

- 4 Fibuch EE, Mertz J, Geller B. Postoperative onset of idiopathic brachial neuritis Anesthesiology, 1996, 84: 455-458.
- 5 McGillicuddy JE. Cervical radiculopathy, entrapment neuropathy, and thoracic outlet syndrome How to differentiate? J Neurosurg(Spine 1), 2004, 2: 179-187
- 6 Tsairis P, Dyck PJ, Mukler DW. Natural history of brachial plexus neuropathy Report on 99 patients Arch Neurol 1972, 27: 109-117.
- 7 Lefreslier N, Moulouquet A, Ma sonobe T, et al. True neurogenic thoracic outlet syndrome: electrophysiological diagnosis in six cases Muscle Nerve, 1998, 21: 1129-1134.
- 8 Geck MJ, Eisont FJ. Surgical options for the treatment of cervical spondylitic myelopathy. Orthop Clin North Am, 2002, 33: 329-334
- 9 Anderson DG, Albert TJ. Bone grafting implants and plating options for anterior cervical fusions Orthop Clin North Am, 2002, 33: 317-321
- 10 Edwards CCH, Karpitskaya Y, Cha C, et al. Accurate identification of adverse outcomes after cervical spine surgery. J Bone Joint Surg(Am), 2004, 86A: 251-260

(收稿日期: 2006-03-06 本文编辑: 李为农)

• 手法介绍 •

后伸外展牵引法治疗肩关节前脱位

Treatment of forward dislocation of shoulder joint with post-extention and abduction traction

朱国太

ZHU Guotai

关键词 肩脱位; 骨科手法 **Key words** Dislocation of shoulder; Orthopedic manipulation

肩关节脱位临床较为常见,前脱位较多,有多种闭合复位方法。自1996年8月以来,采用后伸外展牵引复位法治疗肩关节前脱位20例,取得良好的效果,现报告如下。

1 临床资料

本组20例,男18例,女2例;年龄22~66岁,平均36岁。脱位类型:锁骨下脱位2例,孟下脱位8例,喙突下脱位10例。就诊时间为伤后2~18h。

2 复位方法

臂丛麻醉,患者取俯卧位,术者立于患侧,靠近患者一侧的足跟置于患者腋下,将患肢逐渐后伸30°,外展60°,牵引3~5min,并内收内旋即可达到关节复位。复位后用肩肘固定带固定3周,行肩关节功能锻炼。

3 结果

本组20例,复位均1次成功,无并发肱骨外科颈骨折。随访0.5~3年,按疗效评定标准^[1]:优,肩关节无肿痛,功能恢复正常,可正常劳动,不出现复发;良,肩关节有轻微疼痛,功能恢复正常,能正常劳动,不出现复发;差,肩关节仍肿痛,

活动受限,不能持重,有复发现象。本组优18例,良2例。

4 讨论

肩关节脱位是临床常见的关节脱位,而前脱位最多。复位的方法很多。笔者研究发现,传统的复位方法在复位的过程中肱骨头会有压力作用于关节孟前方,同时关节孟前方也有一反作用力作用于肱骨头,随着牵引力的增大,反作用力也增大,在老年人常可导致肱骨外科颈骨折,在儿童会发生肱骨解剖颈骨骺滑脱,也可导致肱骨头软骨损伤。

本法采用逆受伤机制,后伸外展牵引,作用力沿肱骨干传导,复位过程中无撬拨动作,无来自关节孟前方的反作用力,因而不会造成继发性损伤;再者,沿脱位方向牵引减少肱骨头对三角肌和肱二头肌的刺激,使其处于相对松弛状态,便于复位;同时从力学上讲也是省力的,在理论上与其他的复位方法比较有较大区别。

参考文献

- 1 陈伟,王月秋,张华.对抗牵引整复肩关节脱位的体会.中国骨伤, 2004, 17(6): 379

(收稿日期: 2006-03-14 本文编辑: 连智华)